



PREVALENCIA DE LA LOGOPEDIA EN ENTIDADES DEDICADAS A LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

PREVALENCE OF SPEECH THERAPY IN ENTITIES DEDICATED TO
IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH INTELLECTUAL
DISABILITIES



Realizado por: *Begoña Morante Miguel*

Dirigido por: *Sonia Hernández Hernández*

TRABAJO FIN DE GRADO DE LOGOPEDIA

Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria



9 DE JUNIO DE 2016

ÍNDICE

1. AGRADECIMIENTOS	3
2. RESUMEN/ABSTRACT	4
3. MARCO TEÓRICO	5
4. HIPÓTESIS	8
5. OBJETIVOS.....	9
6. METODOLOGÍA	10
6.1. DISEÑO	10
6.2. SUJETOS DE ESTUDIO.....	10
6.3. VARIABLES	12
6.4. RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS	13
6.5. ASPECTOS ÉTICOS.....	15
7. RESULTADOS	16
8. DISCUSIÓN.....	20
9. BIBLIOGRAFÍA.....	24
10. ANEXOS.....	25
10.1. ANEXO 1: CARTA	25
10.2. ANEXO 2: CUESTIONARIO: “LOGOPEDIA EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL”	27
10.3. ANEXO 3: GRÁFICAS RESULTANTES DEL ANÁLISIS DE DATOS	29

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, mencionar a aquellas personas que ha participado activamente en la realización del estudio, por su tiempo e interés. Sin ellos no hubiera sido posible finalizar con éxito el presente trabajo.

Agradecer sobre todo a Sonia Hernández Hernández, por aceptar mi propuesta de línea de investigación, por su dedicación, paciencia y esfuerzo a lo largo de este último empujón de la recta final del Grado. Infinitas gracias por guiarme, por la motivación en todo momento, por confiar en mí, por enseñarme y dejarme aprender de tu experiencia como profesional y de ti como persona.

Nombrar también a Frances Rawson, de la Academia de Inglés Frankie's, por su colaboración y ayuda para traducir el título y el resumen al inglés, aportando sus conocimientos nativos del idioma. Ha sido imprescindible su trabajo y esfuerzo. Gracias.

En último lugar, aunque no el menos importante, a mi familia, para quienes no encontraré jamás palabras suficientes de agradecimiento. Sin ella, hubiera sido imposible recorrer el camino para llegar hasta donde estoy hoy.

RESUMEN

En el presente trabajo se muestran las conclusiones obtenidas del estudio de la prevalencia del perfil del logopeda dentro de las entidades del territorio nacional que dedican su labor a la mejora de la calidad de vida las personas con discapacidad intelectual. Para confirmar que el logopeda forma parte de los equipos multidisciplinarios, se ha utilizado un cuestionario no validado con preguntas dirigidas a quienes conforman dichas entidades. Se puede, a partir de ello, presumir de la existencia de una mayoría de asociaciones que cuentan con este profesional en su plantilla. Del mismo modo, queda constatada que su principal dedicación son los usuarios en edades más tempranas y, por tanto, dentro de servicios de Atención Temprana y Centros Educativos. Son objetivos prioritarios de tratamiento logopédico, aquellos relacionados con la comunicación, el lenguaje, la lectoescritura y las habilidades sociales, quedando relegadas otras dimensiones como la articulación, la voz, la disfagia y los sistemas aumentativos y/o alternativos de comunicación. No obstante, son identificadas por los encuestados como áreas necesarias de intervención. Como conclusión, queda clara la presencia de los logopedas en estas entidades, aunque se estima que faltan muchas necesidades del ámbito de la Logopedia por cubrir.

Palabras clave: calidad de vida, discapacidad intelectual, logopeda, logopedia.

ABSTRACT

This document shows the conclusions of the study of the prevalence of speech therapist entities profiled within the country, who dedicate their work to improving the quality of live of people with intellectual disabilities. To confirm that the speech therapist is part of the multidisciplinary teams a non-validated questionnaire was used with questions addressed to those who work directly with such entities. You can, from this, presume the existence of a majority of associations with these professionals on staff. Similarly, it is observed that its main dedication is to users at a younger age and therefor services within Early Care and Education Centers. Priority objectives of speech therapy treatment are those related to

communication, language, literacy and social skills, other dimensions such as articulation, voice, dysphagia and augmentative and/or alternative communication systems are secondary. However, they are identified by respondents as necessary areas of intervention. In conclusion, the presence of speech therapists in these entities is clear, although it is estimated there are still many needs in the field of Speech Therapy.

Keywords: quality of life, intellectual disabilities, speech therapist, speech therapy.

MARCO TEÓRICO

A lo largo de esta breve introducción, y a partir de información contrastada y verificada, se pretende poner en valor la necesidad que presentan las Personas con Discapacidad Intelectual (a partir de ahora PcDI) de recibir un tratamiento logopédico, no solo en la etapa de la niñez sino también a lo largo de la adolescencia y edad adulta. A continuación, se detallan las principales necesidades de apoyo logopédico que se derivan del diagnóstico de Discapacidad Intelectual (a partir de ahora DI).

En primer lugar, cabe mencionar la importancia de tener presente que la DI no es una condición general de la persona, es decir, no limita a la persona en su globalidad. La AIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities), antigua AARM (Asociación Americana sobre Retraso Mental), en su décima publicación en el 2002 por Luckasson et al., define la Discapacidad Intelectual como *“una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina con anterioridad a los 18 años”*.

Además, no todas las personas con DI son iguales. Difieren, entre otras, por las características propias de la persona (síndromes y comorbilidades) así como del grado de afectación y severidad de los síntomas de la propia DI. Utilizaremos la clasificación de DI establecida hasta la aparición de la nueva definición de 2002 de la AAID, siendo la expuesta

por la CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades): leve, moderada, severa y profunda, ya que permite en mayor medida diferenciar niveles de apoyo en tanto en cuanto al lenguaje se refiere.

A continuación, se describen a grandes rasgos las diferencias en cuanto al perfil lingüístico se refiere, provocadas a raíz de la severidad de la DI propiamente dicha, según indica *The Centre for Developmental Disability Health of Victoria (2014)*. Mientras que aquellos que cursan con una DI leve pueden acceder sin problemas a las enseñanzas académicas (donde se incluye la lectoescritura), o mantener una conversación normalizada en ausencia de apoyos o ayudas externas, a medida que la intensidad de los síntomas aumenta lo hacen también las dificultades. Una PcDI moderada se beneficia de apoyos visuales, tales como horarios o pictogramas que compensan su comprensión, ya que en ocasiones se ve comprometida en función del contexto, siendo complicado interpretar aspectos infrecuentes. Nada tiene que ver con las PcDI severa o profunda, habiendo entre ellos diferencias mínimas. Ambos presentan síntomas más intensos o tienen más afectación, careciendo muchas veces de lenguaje oral y/o comunicación no verbal que les permita transmitir demandas, emociones, etc., siendo necesario e imprescindible disponer de sistemas alternativos y/o aumentativos de apoyo a la comunicación. Por ejemplo, a través de apoyos visuales, auditivos o gestuales que favorezcan tanto la expresión como la comprensión. En definitiva, se trata por tanto de mejorar la calidad de vida de cada persona, su inclusión y su participación social, independientemente del diagnóstico.

Por otra parte, desde el punto de vista de los aspectos puramente lingüísticos que comparten las PcDI, y concretamente la comprensión del lenguaje, *María Victoria Troncoso y Jesús Flórez (2011)* refieren que, en cualquier individuo, ante una frase o texto en el que aparecen palabras desconocidas, la comprensión se ve dificultada, pero gracias al contexto, es posible acceder al significado global de la misma. Esto, sin embargo, no ocurre así con las

PcDI, ya que según demuestran algunos estudios, *Roch M., Florit E., Levorato C. en 2011*, el hecho de leer palabras incomprensibles, supone una barrera de acceso al significado general.

En cuanto a la expresión, las PcDI son, en muchas ocasiones, fluentes y capaces de dar un mensaje comprensible por el interlocutor. Es frecuente encontrar, tal vez, algunos errores fonético-fonológicos, o de carácter semántico, quizá de organización morfosintáctica, que sesgan la inteligibilidad de sus emisiones, pero son comprensibles. Normalmente, aunque se trata de un aspecto condicionado por el grado de discapacidad, como se ha mencionado previamente, el desarrollo del lenguaje suele ser similar al de una persona con desarrollo típico, aunque sí con cierto retraso en la adquisición.

Otro punto en el que detenerse es el propio uso de la comunicación, la pragmática. Es decir, el lenguaje tiene una función social de relación con los demás. Es frecuente que PcDI muestren muchas veces conductas inadaptadas, probablemente como consecuencia de una comunicación deficiente, con lo que se ve condicionado su proceso de socialización. Debe incidirse enfáticamente en enfocar la intervención logopédica en solventar los problemas pragmáticos.

En definitiva, dentro del marco del abordaje logopédico, como ya se explica en líneas previas, las PcDI con un grado de afectación diferente al leve, suelen presentar necesidades serias en el ámbito comunicativo y lingüístico. No obstante, aunque es menos conocido, es posible que existan trastornos alimentarios como la disfagia, ya que, en muchos casos, la DI se encuadra dentro de un síndrome que cursa con hipotonía generalizada. Esto quiere decir que la musculatura implicada en las funciones orales no verbales puede no estar realizando su correcto trabajo, provocando la aparición de aspiraciones, atragantamientos y sus consecuentes neumonías de aspiración. Dicha hipotonía afecta a la alimentación, y también está extremadamente vinculada a la articulación de cualquier fonema, aspecto comprometido en muchos casos de PcDI como señalan *Alan Y Ho Anastasia Dimitropoulos Department of Psychology, Case Western Reserve University, Cleveland, OH, USA, (2010)* en la revisión que

hacen de Lewis BA, Freebairn L, Heeger S, Cassidy SB. *Speech and language skills of individuals with Prader-Willi Syndrome. American Journal of Speech-Language Pathology. 2002; 11:285–294.*

En cuanto a la existencia de otros trastornos del lenguaje asociados, debe saberse identificar si la alteración del lenguaje es secundaria al trastorno primario de DI, o, por el contrario, se trata además de un trastorno específico del lenguaje (TEL) primario comórbido con la DI.

En conclusión, son las necesidades de la comunicación y del lenguaje, junto con otras alteraciones de las funciones orales no verbales objetivos de intervención logopédica en PcDI. En el caso de corroborar la afirmación, sería necesario conocer en qué etapas de la vida se está trabajando para garantizar la mejora de su calidad de vida a lo largo de todo su ciclo vital, no debiendo limitar sólo a edades tempranas los apoyos recibidos por estos especialistas, puesto que es conocido que ciertas dificultades permanecen a lo largo de toda la vida del individuo, siendo atenuadas si se recibe una atención permanente.

HIPÓTESIS

- Pregunta inicial: ¿Está presente la figura del logopeda dentro de las diferentes entidades destinadas a la mejora de la calidad de vida de las PcDI en España?
- Hipótesis conceptual o general: La figura del logopeda es un profesional poco presente en las entidades destinadas a la mejora de la calidad de vida de las PcDI en España durante el primer cuatrimestre del año 2016.
- Hipótesis específica u operativa: El logopeda es un profesional que con su abordaje contribuye a la mejora de la calidad de vida de las PcDI y sus familias. En muchos estudios se evidencian las alteraciones que presentan las PcDI en el marco de la

intervención logopédica, sin embargo, las entidades priorizan contar otros servicios y perfiles profesionales antes que éste.

- Población de estudio: entidades de personas con Discapacidad Intelectual.
- Variable dependiente: figura del logopeda.
- Variable independiente: discapacidad intelectual.

OBJETIVOS

Tras formular la hipótesis, se enumeran a continuación los objetivos que se persiguen con el desarrollo de esta investigación.

1. Determinar la prevalencia de la figura del logopeda como profesional que forma parte de los equipos de las entidades destinadas a la mejora de la calidad de vida de las PcDI en España en el periodo de realización del estudio.
2. Saber si el conocimiento sobre la profesión del logopeda depende tanto del contacto directo con las PcDI como del perfil personal.
3. Conocer la opinión sobre la necesidad de la presencia del logopeda como parte del tratamiento en la intervención con PcDI para mejorar su calidad de vida, independientemente de su presencia o no dentro de las entidades y en función del contacto con ellas.
4. Comparar el valor que se le da al logopeda dentro de la plantilla de trabajadores, dependiendo del número de empleados totales dentro de dichas asociaciones o entidades.
5. Comparar la presencia del logopeda dentro de la plantilla de trabajadores, dependiendo del número total de asociados de las entidades.
6. Comparar la presencia del logopeda dentro de la plantilla de trabajadores, dependiendo de la antigüedad de las entidades.
7. Comparar la presencia del logopeda dentro de la plantilla de trabajadores, dependiendo de la edad de los usuarios a las entidades.

8. Identificar a qué rango de edades las PcDI cuentan con más apoyo por parte del logopeda.
9. Conocer la prevalencia de logopedas en los diferentes servicios que pueden proporcionar las mencionadas entidades.
10. Determinar cuántos usuarios reciben servicios de un logopeda externo a la asociación cuando ésta no se lo proporciona.
11. Identificar las áreas de competencia del ámbito profesional logopédico sobre las que se interviene.
12. Conocer el uso de sistemas aumentativos y/o alternativos por parte de las PcDI, así como los contextos en que son necesarios.
13. Saber la necesidad de intervención sobre las áreas de la voz, la disfagia y/o la articulación.

METODOLOGÍA

Para poder llevar a efectos el estudio propuesto, se procede a explicar la metodología seguida desde el principio hasta la obtención de datos cuantificables, lo cual ha permitido tanto verificar o refutar la hipótesis planteada, como cumplir los objetivos propuestos.

DISEÑO

Una vez establecido el tema a investigar, se determina que se llevará a cabo un estudio transversal descriptivo, sobre la prevalencia de la figura del logopeda dentro del equipo profesional de las entidades que se encargan de la mejora de la calidad de vida de las PcDI y sus familias en España en el primer cuatrimestre del año 2016. Por lo tanto, la intención del investigador, es únicamente observacional.

SUJETOS DE ESTUDIO

- **Población diana**: entidades de Personas con Discapacidad Intelectual.
- **Población elegible**: entidades pertenecientes a Plena Inclusión, antigua Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual

(FEAPS) del territorio español, asociaciones, cooperativas, entidades privadas, que trabajen con PcDI.

- Muestra: se han obtenido 90 participaciones de las 800 entidades aproximadamente a las que les fue enviado.
- Criterios de selección: para participar en el estudio, se precisa de un único criterio de inclusión: pertenecer a una entidad del territorio español que tenga por objetivo el servicio y atención a las PcDI, sin establecerse criterios de exclusión dentro de la misma.
- Procedimiento del muestreo: teniendo en cuenta que la investigación pretende abarcar todo el territorio nacional, se decide utilizar un sistema online para poder acceder a la máxima información necesaria en el menor tiempo posible. Es por ello que el contacto con las entidades de PcDI se realiza de manera aleatoria vía correo electrónico, cuya dirección se encuentra publicada en las diferentes páginas web de las entidades. Además, se completa el listado de destinatarios con algunas asociaciones conocidas por la investigadora y su tutora cuyo contacto vía email ha sido posible conseguir. Para asegurar la máxima difusión del estudio, así como garantizar una amplia participación, se decidió tomar como punto de partida aquellas entidades pertenecientes a ‘Plena Inclusión’ por aglutinar casi 900 entidades asociadas. No obstante, no fue íntegro ni exclusivo el envío a dichas entidades.

En el correo enviado se adjuntaron, por un lado, el mencionado cuestionario, y por otro, una carta de presentación explicativa.

- Carta: se consideró necesario acompañar la solicitud de cumplimentar el cuestionario con una carta donde se detallase tanto la identidad de quien lo solicita, el objetivo perseguido con ello, así como una explicación de los pasos a seguir para realizarlo. (Ver: ANEXO 1).
- Cuestionario: el propio cuestionario creado online, requiere de una invitación vía email desde la que acceder a través de un enlace web a la plantilla del mismo para poder rellenarlo. (Ver: ANEXO 2).

- Cálculo del tamaño muestral: en principio, se marcó como número mínimo de cuestionarios cumplimentados 50 de aproximadamente 800 enviados por ser una cantidad relativamente alta para poder llevar a cabo un estudio cuyos resultados puedan ser significativos y extrapolables a toda la extensión nacional. No obstante, se superaron las expectativas alcanzando los 90.

VARIABLES

Las variables que se tienen en cuenta para realizar la comparativa que gira en torno al logopeda en las entidades de PcDI son:

- La presencia de logopeda.
- El conocimiento o desconocimiento de la figura de este profesional según el contacto directo con PcDI.
- La perspectiva según el perfil profesional de quien lo cumplimenta.
- La consideración de la mejora de calidad de vida como efecto de la intervención y del contacto con las PcDI.
- La relevancia según el número total de trabajadores.
- El peso del número de asociados.
- La influencia de la antigüedad de la entidad.
- La diferencia según la edad de los asociados.
- Servicios dentro de la entidad a los que el logopeda proporciona su trabajo.
- La asistencia a un logopeda externo si la entidad no lo proporciona.
- Áreas de intervención sobre las que el logopeda de la entidad focaliza sus objetivos.
- La extensión del uso de los SAACs.
- La determinación de los contextos en los que se necesita el uso de SAACs.
- La necesidad de tratamiento en otras áreas como disfagia, voz y articulación.

Cabe mencionar que las respuestas cualitativas obtenidas se procederán a analizar cuantitativamente a través del uso de programas estadísticos.

- Variable dependiente: logopeda.
- Variable independiente: entidades de Personas con Discapacidad Intelectual.
- Descripción de métodos de medición/descripción de técnicas: Cuestionario no validado.

RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS

Centrándonos en el método propiamente dicho, se decide la opción de llevar a cabo un cuestionario que será enviado, como se indica previamente, vía correo electrónico. El cuestionario debe ser cumplimentado por cualquier persona perteneciente a la plantilla de trabajadores de cada entidad, sin ser condicionante su categoría profesional ni su cargo dentro de la misma, con el fin de facilitar la participación y evitar la imposición de condiciones al receptor.

Cabe mencionar en este punto que, al no existir un cuestionario debidamente baremado que se ajuste a las características específicas necesarias para desarrollar el presente estudio, ha sido inevitable la creación de uno propio. Para ello se recurre a la plataforma GOOGLE, más concretamente a la aplicación GOOGLE DRIVE, donde existe la opción de crear de forma sencilla un formulario ad hoc. Desde el siguiente enlace web puede accederse directamente al cuestionario que nos incumbe:

https://docs.google.com/forms/d/1V53ab1vcuh5t7TXmVNk2m-ZYgngKoyjmPM7EV1IroNs/edit?usp=sharing_eid&ts=57345af5

A continuación, se analiza detalladamente cada uno de los criterios que deben estar representados en el cuestionario, destacando aspectos como: las variables incluidas, la extensión, el formato, tipo de respuestas, etc.

El contenido del cuestionario al que se le puso el título “*Logopedia en la discapacidad intelectual*” se estructura en dos partes (Ver: ANEXO 2):

1. Por un lado, pretende recoger datos más descriptivos de la entidad, así como del perfil de quién lo cumplimenta con el fin de poder analizar variables como que el hecho de que haya logopeda está relacionado con: el número de asociados, así como de trabajadores, el tipo de servicios de que dispone o la antigüedad de la misma.
2. Por otra parte, se enumeran diez preguntas relacionadas directamente con el tema principal del mismo: logopedia y DI, desde el enfoque propio de cada entidad y persona que lo cumplimenta. Pueden establecerse valores cuantificables sobre el conocimiento de la profesión, así como de la perspectiva de necesidad que se tiene sobre la intervención logopédica en la mejora de la calidad de vida de las PcDI y sus familias. Se contrasta esto con la presencia real de dicho profesional en las entidades, sus funciones dentro de la misma y la aplicación de su labor profesional en qué servicios y enfocado hacia qué áreas, intentando esclarecer si los resultados dependen de la edad predominante entre los usuarios de cada entidad. Igualmente, es importante reflejar el porcentaje de PcDI que requieren de sistemas alternativos y/o aumentativos de comunicación (pictogramas, comunicación gestual, lengua de signos, bimodal, etc.) y en qué contextos es necesario se beneficien de su uso. En último lugar se pretende, además, averiguar si las PcDI y sus familias recurren a la profesionalidad de los logopedas aún si en la entidad no se les facilita el acceso.

Referente al aspecto estructural, el cuestionario contiene preguntas cerradas, bien de opción única, por ser las opciones excluyentes unas de otras, o múltiple. Pueden considerarse válidas dos o más respuestas sin excluirse entre ellas, según convenga, estando tanto en unas como en otras respuestas todas las posibilidades contempladas. La elección de ser respuestas restringidas, es de cara al recuento de resultados, ya que así es más preciso su análisis. No obstante, en algunas preguntas se contempla la opción de “otros” por si la persona que lo cumplimenta considera necesario aportar otra información relevante diferente a la propuesta.

Por último, el análisis de datos es, en la mayoría de los casos, cuantitativo, por lo que ha sido necesario el uso del *Programa Microsoft Office Excel 2016*. A través de él, ha sido posible la cuantificación de las diferentes respuestas, así como la comparación entre los aspectos de interés para la investigación que nos concierne. En última instancia, dicho programa informático ha permitido mostrar los datos en gráficas y porcentajes para visualizar de manera más clara los diferentes resultados obtenidos.

ASPECTOS ÉTICOS

En el presente estudio se consideró además prioritario no obviar los aspectos éticos durante todo el proceso. Es más, se trató como un objetivo primordial. En la planificación del cuestionario se decidió respetar el anonimato de quienes participan en el estudio, evitando solicitar la identificación explícita de los mismos, ni ningún tipo de dato personal referente a las propias PcDI de cada entidad.

Por otro lado, la claridad de los resultados es inminente, permaneciendo implacable la veracidad de los mismos, sin camuflar ni adaptar los valores para llegar a la verificación de la hipótesis planteada o viceversa, así como de la consecución de los objetivos propuestos. Se pretende en todo momento dar una interpretación objetiva de los datos obtenidos, dejando las interpretaciones subjetivas y los prejuicios al margen.

Del mismo modo, se respeta la autoría de los textos ya publicados y utilizados como fuente de información a lo largo de este trabajo, procediendo a identificar el origen de la misma, estableciendo diferencias entre las aportaciones de otros autores de las propias.

RESULTADOS

Tras la recogida y posterior análisis de los datos obtenidos a partir del cuestionario *‘Logopedia en la Discapacidad Intelectual’* dirigido a las entidades de PcDI del territorio español, se describen las siguientes conclusiones.

1. En primer lugar, y centrando la atención sobre la hipótesis conceptual inicial de esta investigación *‘La figura del logopeda es un profesional poco presente en las entidades y asociaciones que atienden las necesidades de las PcDI en España’*, se obtiene un resultado que refuta la afirmación, pues en la mayoría de los casos, en la pregunta *“¿Hay logopeda en su entidad?”* se confirma la presencia de dicho profesional dentro de la plantilla de trabajadores que se ocupa de atender las necesidades de las PcDI, con un 61% frente al 39% negativo. (Ver: ANEXO 3, GRÁFICA 1).
2. El conocimiento que se tiene sobre el profesional de la Logopedia, así como de sus funciones, es de prácticamente el 100%, pues sólo se obtiene una respuesta negativa entre las 90 totales sobre *“¿Conoce la figura del logopeda y sus funciones?”*. No ha sido necesario analizar los diferentes resultados según el criterio relativo mayor o menor contacto directo con las PcDI, así como su categoría profesional y laboral dentro de la entidad, pues las respuestas han sido uniformes y queda claro que no existen diferencias según las dos variables mencionadas. (Ver: ANEXO 3, GRÁFICA 2). No obstante, y para que quede constancia, es importante reflejar que los perfiles profesionales de las personas que cumplimentan el cuestionario son bastante heterogéneos, desde periodistas hasta médicos, aunque en mayor frecuencia aparecen psicólogos y logopedas. (Ver: ANEXO 3, GRÁFICA 3).
3. En cuanto a si *“¿Considera que la labor del logopeda redundará en la mejora de la calidad de vida de las Personas con Discapacidad Intelectual?”* se han obtenidos resultados positivos en el 99% de los casos, siendo el 1% restante una respuesta de desconocimiento, y no negativa. No obstante, dentro de las respuestas afirmativas

existen matices, pues se considera parte de la mejora de la calidad de vida de las PcDI ‘sin ninguna duda’ en el 73%, en la ‘mayoría de los casos’ en el 17% y en ‘algunas personas’ sólo en el 9% de las respuestas. Por lo tanto, el conocimiento de la labor del profesional en el ámbito de la DI se confirma, aunque en diferentes grados. (Ver: ANEXO 3, GRÁFICA 4). No es posible atribuir una diferencia de opiniones en función del mayor o menor contacto de cada uno con las PcDI, pues los resultados en cuanto a los días que comparten con ellas son similares, predominando siempre 5 días a la semana, sin diferencias sustanciales que influyan sobre la consideración de mayor o menor influencia de la intervención logopédica sobre la mejora de la calidad de vida de las PcDI. (ver: ANEXO 3, GRÁFICA 5).

4. A continuación, se exponen los resultados comparativos sobre la presencia del logopeda en las entidades teniendo en cuenta las variables *“Número de trabajadores sin discapacidad intelectual que dan servicio a los usuarios de su entidad”*, *“Número de asociados/usuarios que pertenecen a la entidad”* y *“Años de antigüedad de la entidad”*.

Es posible afirmar que, dependiendo del número total de trabajadores, se observa una mayor presencia del perfil profesional del logopeda en los equipos multidisciplinares, aunque no se trata de un crecimiento lineal. Así, en el 85’7% de las entidades con más de 100 trabajadores cuentan con logopeda, descendiendo este valor al 76’9% en aquellas que tiene entre 50-100, hasta caer a menos de la mitad (48’2%) en aquellas cuya plantilla no supera los 50 trabajadores. (Ver: ANEXO 3, GRÁFICA 6). Se contempla la hipótesis de que no se considere al logopeda como un profesional imprescindible, ya que en aquellas asociaciones donde cuentan con un número más reducido de trabajadores, es donde más prescinden de este profesional.

De igual modo ocurre dependiendo del número total de usuarios, donde se observa de nuevo una proporcionalidad directa entre ambas variables, aunque sin ninguna relación lineal exacta. Se aprecian valores de 72% y 64’7 % de presencia logopédica

en entidades con más de 100 y entre 50-100 usuarios, respectivamente. Se observa de nuevo un gran descenso (34'8%) en aquellas que tienen una ocupación más reducida de menos de 50 usuarios. Por ello, se podría establecer la hipótesis de que aumenta la frecuencia cuando la demanda es relativamente alta, disminuyendo de forma significativa si ésta es menor. (Ver: ANEXO 3, GRÁFICA 7).

Por otro lado, teniendo en cuenta la variable de la antigüedad, no se aprecian diferencias significativas sobre la presencia o no del logopeda en las entidades. Los valores se establecen entre el 60% y el 67%. (Ver: ANEXO 3, GRÁFICA 8).

5. Prestando atención a la pregunta “¿*Qué edades tienen los miembros de la entidad?*”, existe una diferencia significativa de casi un 30% de un grupo de edad con respecto al resto, que se mantienen más uniformes. Es el caso del rango de edad desde los 0 hasta los 16 años, donde sí se objetiva una presencia de logopedas en el 87,2% de las entidades, mientras que el resto de edades alcanzan valores de sólo un 60%. (VER: ANEXO 3, GRÁFICA 9).
6. Continuando con el análisis únicamente de aquellas entidades las cuales precisan de logopeda, se exponen los resultados de sus intervenciones tomando la variable “¿*En qué servicios proporciona apoyos?*”. Del total de servicios que existen, destacan los centros de Atención Temprana y Centros Educativos, como recursos donde el logopeda tiene más visibilidad (alrededor del 90%). Y, aunque en menor medida, también reseñable, en los centros de día (algo más del 50%). Existe un descenso de apoyo logopédico en centros de empleo, centros residenciales y centros de ocio y tiempo libre, donde apenas alcanza el 20%. (Ver: ANEXO 3, GRÁFICA 10).

Este resultado es perfectamente compatible con el descrito previamente, en cuanto al criterio “*edad de los usuarios*”, pues coincide la mayor atención logopédica en rangos de edades de 0-16 años, edades a las cuales están destinados tanto los centros de Atención Temprana como los Centros Educativos.

7. En las entidades en las que no hay presencia del logopeda, se procede a preguntar *“¿Sabe si la personas que pertenecen a la entidad acuden a un logopeda externo?”*. Se obtiene algo más de un 54% de respuestas afirmativas que indican que sólo algunas de las PcDI acuden a un logopeda externo cuando la asociación no precisa del servicio del mismo. Sólo un 14’3% afirma que ninguno de los usuarios acude a este profesional, mientras que el resto de respuestas son de desconocimiento. (Ver: ANEXO 3, GRÁFICA 11).
8. En cuanto a la pregunta *“¿A qué áreas están destinados los objetivos de la intervención logopédica dentro de su entidad?”*, encontramos resultados dispares. La comunicación es un objetivo que se persigue en el 100% de los casos, seguido por el lenguaje con un 90’9% y las habilidades cognitivas en el 69’1%, prácticamente similar a la lectoescritura que cuenta con un 63’6%; destacan en contrapartida la intervención en habla, voz, alimentación, deglución atípica, disfagia, disfemia, socialización, TDH, TDA, TEA y SAACs donde los valores no superan el 4% en ninguno de los casos. (Ver: ANEXO 3, GRÁFICA 12).
9. Aunque como vemos en el párrafo anterior los SAACs no se encuentran como objetivo prioritario de intervención, es posible observar cómo su uso está bastante extendido entre las PcDI, ya que en la pregunta *“¿Las Personas con Discapacidad Intelectual de su entidad hacen uso de algunas ayudas como son tarjetas, pictogramas, gestos y/o signos para comprender, expresarse y participar en las diferentes situaciones de la vida diaria?”*, en torno al 95% de las entidades reflejan que ‘todos’, ‘la mayoría’ o ‘sólo algunos’ de sus miembros hace uso de alguno de estos SAACs (Ver: ANEXO 3, GRÁFICA 13), siendo además necesarios en el 78% de los casos en todos los contextos en los que dichas personas se desenvuelven, según la pregunta *“¿En qué situaciones son necesarias esas ayudas?”*. (Ver: ANEXO 3, GRÁFICA 14).

10. De igual manera ocurre con la intervención en alteraciones de voz, articulación y/o disfagia, donde se obtienen resultados que esclarecen la necesidad de intervención sobre estos ámbitos. Se alcanzan valores del 100% de respuestas afirmativas a la pregunta “¿Considera que las Personas con Discapacidad Intelectual requieren tratamiento en dificultades como la disfagia, la voz, la articulación?”, con matices de necesidad en ‘todos’, ‘la mayoría de las personas’ o ‘sólo algunas personas, pero con la inexistencia de respuesta negativa alguna. (Ver: ANEXO 3, GRÁFICA 15).

DISCUSIÓN

Tras la exposición de los resultados obtenidos con el cuestionario creado específicamente para este trabajo de investigación, y vinculando estos datos con las referencias bibliográficas del inicio, se pone de manifiesto que existe una relación entre las evidencias científicas y las opiniones vertidas por los profesionales de las entidades de PcDI.

Principalmente los resultados más destacables son:

1. Se evidencia el conocimiento absoluto de los profesionales que conviven con las PcDI de las entidades sobre las funciones específicas del logopeda.
2. Tienen en consideración que la intervención logopédica redundará en la mejora de la calidad de vida de las PcDI, independientemente del contacto con ellas.
3. Por ello, en la mayoría de las entidades cuentan con este profesional dentro de su plantilla. Quedando constancia, de que las PcDI de la mayoría de las entidades que no cuentan con un logopeda, acuden a uno externo.
4. Existen diferencias significativas en los resultados obtenidos en función del número de trabajadores y número de usuarios de las entidades, siendo más evidente la presencia cuando cualquiera de las dos variables aumenta.
5. La antigüedad de la entidad, por el contrario, no supone un dato significativo que modifique los resultados.

6. El foco de intervención logopédica dentro de las entidades sitúa los servicios de Atención Temprana y Centros Educativos en lo más alto, coincidiendo con las edades de 0-16 años como la población diana más tratada por el logopeda.
7. Asimismo, los objetivos de intervención más destacados son los referentes a comunicación, lenguaje, habilidades cognitivas y lectura, dejando en últimos puestos áreas como el habla, la voz, la disfagia y los SAACS. No obstante, son todas ellas, áreas reconocidas como de necesaria intervención.
8. En cuanto a las diferencias intrapersonales de cada PcDI, en los resultados se objetivan datos en los que no siempre se detecta el mismo grado de necesidad de intervención en todas las áreas. En las entidades se dan respuestas de necesidad en ‘la mayoría de los casos’, ‘algunos casos’, ‘todos los casos’, pero no hay una coincidencia uniforme. Por tanto, el dato no es concluyente.
9. Otro punto a destacar es el uso de los sistemas alternativos y/o aumentativos de comunicación (SAACs), los cuales tampoco son imprescindibles en todos los casos, pero sí necesarios en muchos de ellos. Tal como se puede leer en las bases teóricas de esta investigación.
10. Además, el acceso a la lectoescritura, obtiene en el estudio una puntuación alta, aunque no total como punto focal de intervención logopédica. Ocurre aquí, como se menciona en las referencias iniciales, que no todas las PcDI reflejan estas dificultades, siendo algunas de ellas capaces de adquirir de forma natural los procesos lectoescritores.
11. Por otro lado, se menciona la socialización en la literatura ya publicada como área de mejora, pero a lo largo de esta investigación queda en el aire esta intervención, ya que se detecta dentro de las áreas menos abordadas.
12. Otro punto importante, referente a la disfagia, ocurre lo mismo que con el punto anterior. Sin embargo, hay una diferencia: aunque se encuentra dentro de los objetivos

menos perseguidos, sí se refleja una alusión a una alta necesidad de intervención, coincidiendo esta última afirmación con la literatura publicada.

13. En última instancia, como resumen, es importante destacar la demostrada prevalencia de algunos de los trastornos mencionados a lo largo de toda la vida de las PcDI, pero en el estudio se objetiva una atención mayoritaria en las edades más tempranas, de 0-16 años.

A continuación, conviene relatar algunas limitaciones y sesgos que pueden haber influido en los resultados obtenidos.

- Principalmente, la investigación se ha llevado a cabo mediante un instrumento no validado. A partir de este punto, nos encontramos ante datos reales, pero no extrapolables, y tampoco fiables en su totalidad.
- Es reseñable también la existencia de direcciones de correos electrónico con formatos propios de las entidades, los cuales no son compatibles en primera instancia con el correo Gmail utilizado, pues muchos correos eran devueltos como un error sin llegar entonces a su destinatario.
- Durante el análisis de datos obtenidos, ha sido necesario desechar ciertas respuestas, por no estar correctamente respondidas, ya que se solicitaba una respuesta únicamente si se daba una condición previa, la cual no se cumplía en algunos casos.
- Por otro lado, es posible haber obtenido más resultados afirmativos que negativos ante la hipótesis principal debido a que algunas entidades que no consideren necesaria la figura del logopeda hayan desestimado el cuestionario y, por tanto, no hayan dedicado tiempo a cumplimentarlo.
- Además, otro sesgo localizado a la hora de analizar los datos, es la falta de objetivos de intervención en áreas como disfagia, voz, alimentación, socialización, y algunos más, en contraposición de resultados más altos en comunicación, lenguaje, lectoescritura y habilidades sociales. Es posible que esta diferencia tan amplia se deba

a que los últimos mencionados ya se daban como una posible opción dentro de las respuestas, mientras las primeras debían ser añadidas motu proprio por parte de quien lo cumplimentaba.

- Por último, es destacable la dificultad detectada en la búsqueda de literatura publicada que aglutine logopedia y DI en general, sin entrar en síndromes concretos. Por lo tanto, es un área con poca evidencia científica y, por consiguiente, sin la suficiente dedicación. Podemos concluir que son muchas y muy amplias las posibilidades de continuar con estudios e investigaciones que describan directamente la logopedia en las PcDI a lo largo de toda su vida.

A partir de la presente investigación concretamente, sería interesante retomar nuevas líneas de trabajo dirigidas a las mejoras cuantitativas y cualitativas de la intervención logopédica en el marco de actuación de las PcDI ya que se evidencia una necesidad real. Sería interesante realizar a partir de aquí, otros estudios de intervención que posibiliten recoger datos cuantificables tras las mismas, comparando las mejoras desde el inicio del proceso de intervención hasta su finalización.

Resultaría a su vez muy significativo poder comparar resultados según comunidades autónomas, ya que quizá se podrían encontrar resultados concluyentes. En este caso, no se ha podido proceder a hacer esta comparativa puesto que, al haber respetado el criterio de la confidencialidad, se desconoce la procedencia de los cuestionarios cumplimentados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barragán E, Lozanos S. Identificación temprana de trastornos del lenguaje. *Rev Med Clin Condes*. 2011; 22(2): 227-232.
2. Berjano Peirats E. Discapacidad intelectual y envejecimiento: Un problema social del siglo XXI. *Espai Social*. 2010; 11: 35-43.
3. Krishnan S, Bergström L, Alcock KJ, Dick F, Karmiloff-Smith A. Williams Syndrome: A surprising deficit in oromotor praxis in a population with proficient language production. *Neuropsychologia*. 2015; 67: 82-90.
4. Márquez-Caraveo ME, Zanabria-Salcedo M, Pérez-Barrón V, Aguirre-García E, Arciniega-Buenrostro L, Galván-García CS. Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud Mental*. 2011; 34(5): 443-449.
5. Ray D, Houri K. Speech Impairment in Down Syndrome: A review. *J Speech Lang Hear Res*. 2013; 56(1): 1-42.
6. Robert L. Schalock, Ruth A. Luckasson y Karrie A. Shogren. El nuevo concepto de retraso mental: comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual. *Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*. 2007; 38(4): 5-20.
7. Rondal JA. Dificultades del lenguaje en el Síndrome de Down: Perspectiva a lo largo de la vida y principios de intervención. *Revista Síndrome de Down*. 2006; 23: 120-128.
8. Tenorio D M, Arroyo B R, Bunster E J, Rosas D R. Identificación de la Discapacidad intelectual: ¿Qué nos falta para alcanzar el estándar internacional? Centro de estudios de políticas y prácticas en educación (CEPPE). 2013; 14.
9. The Centre for Developmental Disability Health Victoria. Working with people with intellectual disabilities in healthcare settings. 2014.
10. Troncoso MV, Flórez J. Comprensión en la lectura de las personas con Síndrome de Down. *Revista Síndrome de Down*. 2011; 28: 50-59.
11. Y Ho A, Dimitropoulos A. Clinical management of behavioral characteristics of Prader-Willi Syndrome. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2010; 6: 107-118.

ANEXOS

ANEXO 1: CARTA

Puesto que es posible distinguir dos destinatarios diferenciados, se estimó conveniente redactar dos cartas, similares, pero con matices.

La primera de ellas, es la enviada a FEAPS, donde se solicita su colaboración como intermediario para reenviar el cuestionario a sus entidades asociadas.

Estimado/a Sr/a.,

Soy Begoña Morante Miguel, una alumna que cursa 4º curso del Grado de Logopedia, en las Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria. Con motivo de mi trabajo de fin de grado, he elegido el tema de la Logopedia en relación con la Discapacidad Intelectual. Concretamente, mi propósito es investigar acerca de la presencia de este profesional dentro del equipo multidisciplinar que aborda las alteraciones del Lenguaje, Habla, la Comunicación, entre otros aspectos, dentro de las asociaciones pertenecientes a la federación FEAPS.

Por ello, adjunto un enlace a un breve cuestionario con una serie de preguntas de respuesta cerrada, y os solicito vuestra colaboración si fuera posible para su difusión. Ha de ser cumplimentado y devuelto para poder así desarrollar la línea de investigación. Lo ideal sería contar con un gran número de participantes que contribuyan con datos reales, a dar evidencia sobre la presencia del logopeda en las asociaciones de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, así como los beneficios derivados de su intervención con dichas personas.

Me gustaría saber si es posible contar con su colaboración para que desde su entidad se reenvíe este correo con el enlace de la encuesta, a las asociaciones que pertenecen a FEAPS de su comunidad autónoma. En caso contrario, yo podría hacerme cargo si son tan amables de facilitarme los contactos y hacérselo llegar yo misma. Desde luego, se garantiza la máxima confidencialidad y la protección de los datos a los que tenga acceso.

Agradecería si pudiera recibir una respuesta de confirmación por su parte en un plazo máximo de 15 días, de modo que pueda iniciar mi investigación y obtener datos significativos en el tiempo de que dispongo.

Para acceder al cuestionario se adjunta un enlace a la misma, quizá tenga que copiar el enlace que a continuación se indica, y pegarlo en una nueva pestaña de su navegador, ya que en ocasiones no es posible acceder haciendo click sobre la dirección directamente. Disculpe las molestias.

<http://goo.gl/forms/MVq8aHe5i9>

Muchas gracias de antemano por su tiempo y su colaboración.

Reciba un cordial saludo,

Begoña Morante Miguel.

En segundo lugar, se presenta la carta enviada a las entidades propiamente dichas a las que se solicitaba en este caso la cumplimentación del cuestionario. Las asociaciones destinatarias son tanto pertenecientes a FEAPS como otras.

Estimado/a Sr/a.,

Soy Begoña Morante Miguel, una alumna que cursa 4º curso del Grado de Logopedia, en las Escuelas Universitarias Gimbernat-Cantabria. Con motivo de mi trabajo de fin de grado, he elegido el tema de la Logopedia en relación con la Discapacidad Intelectual. Concretamente, mi propósito es investigar acerca de la presencia de este profesional dentro del equipo multidisciplinar que aborda las alteraciones del Lenguaje, Habla, la Comunicación, entre otros aspectos.

Por ello, adjunto un enlace a un breve cuestionario con una serie de preguntas de respuesta cerrada, y os solicito vuestra colaboración si fuera posible. Ha de ser cumplimentado y devuelto para poder así desarrollar la línea de investigación. Lo ideal sería contar con un gran número de participantes que contribuyan con datos reales, a dar evidencia sobre la presencia del logopeda en las asociaciones de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, así como los beneficios derivados de su intervención con dichas personas. Aunque en su centro no se cuente con la figura del logopeda, se puede de igual manera cumplimentar el mencionado cuestionario, ya que me sería de ayuda igualmente.

Agradecería si pudiera recibir una respuesta por su parte en un plazo máximo de 15 días, de modo que pueda iniciar mi investigación y obtener datos significativos en el tiempo de que dispongo.

Para acceder al cuestionario se adjunta un enlace a la misma, quizá tenga que copiar el enlace que a continuación se indica, y pegarlo en una nueva pestaña de su navegador, ya que en ocasiones no es posible acceder haciendo click sobre la dirección directamente. Disculpe las molestias.

<http://goo.gl/forms/MVq8aHe5i9>

Muchas gracias de antemano por su tiempo y su colaboración.

Reciba un cordial saludo,

Begoña Morante Miguel.

LOGOPEDIA EN LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

DATOS RELATIVOS A AL ENTIDAD

Indique su profesión y cargo que ocupa en la entidad

.....

¿Cuántos días a la semana comparte con las Personas con Discapacidad Intelectual de su entidad?

.....

1. Años de antigüedad de la entidad:

- ☐ Menos de 20.
- ☐ Entre 20 y 50.
- ☐ Más de 50.

2. Tipos de servicio que existen en su entidad:

- ☐ Atención temprana.
- ☐ Centro de día.
- ☐ Centro educativo.
- ☐ Centro de empleo.
- ☐ Centros residenciales.
- ☐ Centros de ocio y tiempo libre.
- ☐ Otro...

3. Número de asociados/usuarios que pertenecen a la entidad:

- ☐ Menos de 50.
- ☐ Entre 50 y 100.
- ☐ Más de 100.

4. Número de trabajadores SIN discapacidad intelectual que dan servicio a los usuarios de su entidad.

- ☐ Menos de 50.
- ☐ Entre 50 y 100.
- ☐ Más de 100.

SEÑALE LA RESPUESTA PERTINENTE EN CADA PREGUNTA. Marque más de una opción si fuera necesario.

1. ¿Qué edades tienen los miembros de la entidad?

- ☐ De 0 a 16 años.
- ☐ De 16 a 40 años.
- ☐ De 40 a 60 años.
- ☐ Más de 60 años.

2. ¿Conoce la figura del logopeda y sus funciones?

- ☐ Sí.
- ☐ No.

3. ¿Hay logopeda en su entidad?

- ☐ Sí.
- ☐ No.

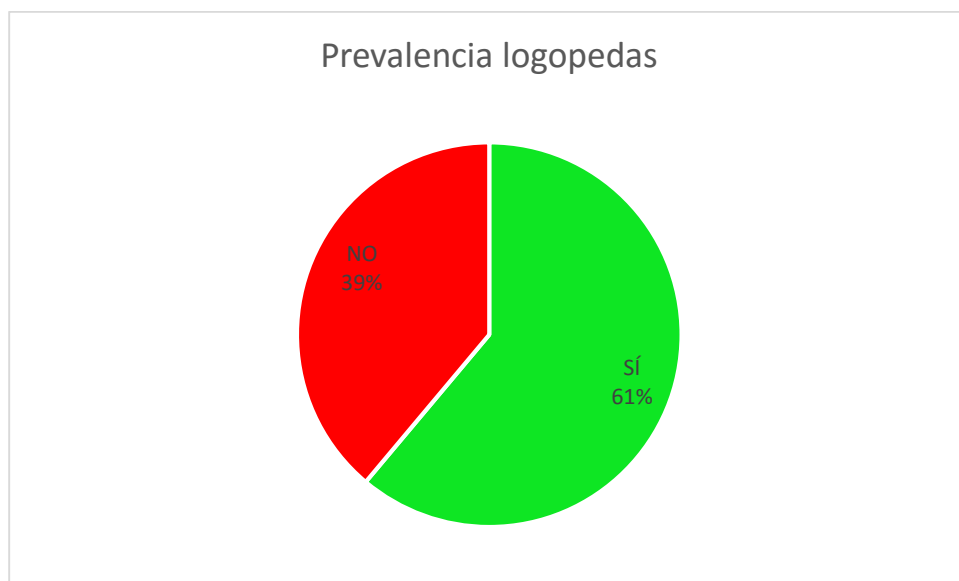
4. En caso de que la respuesta anterior sea negativa, ¿sabe si la personas que pertenecen a la entidad acuden a un logopeda externo?

- ☐ Sí, todos.
- ☐ Una gran mayoría.
- ☐ Algunas personas.
- ☐ No, ninguno.
- ☐ Lo desconozco.

5. En caso afirmativo, ¿en qué servicios proporciona apoyos?
- ☐ Atención temprana.
 - ☐ Centro de día.
 - ☐ Centro educativo.
 - ☐ Centros de empleo.
 - ☐ Centros residenciales.
 - ☐ Centros de ocio y tiempo libre.
 - ☐ Otro...
6. Siguiendo la pregunta anterior, ¿a qué áreas están destinados los objetivos de la intervención logopédica dentro de su entidad?
- ☐ Comunicación.
 - ☐ Lenguaje.
 - ☐ Lectura y escritura.
 - ☐ Habilidades cognitivas.
 - ☐ Los desconozco.
 - ☐ Otro...
7. ¿Considera que la labor del logopeda redundará en la mejora de la calidad de vida de las Personas con Discapacidad Intelectual?
- ☐ Sí, sin ninguna duda.
 - ☐ Sí, en la mayoría de los casos.
 - ☐ Sólo en algunas personas.
 - ☐ No, en absoluto.
 - ☐ Lo desconozco.
8. ¿Considera que las Personas con Discapacidad Intelectual requieren tratamiento en dificultades como la disfagia, la voz, la articulación?
- ☐ Sí, todos.
 - ☐ Sí, la mayoría de las personas.
 - ☐ Sí, sólo algunas personas.
 - ☐ No.
 - ☐ Lo desconozco.
9. ¿Las Personas con Discapacidad Intelectual de su entidad hacen uso de algunas ayudas como son tarjetas, pictogramas, gestos y/o signos para comprender, expresarse y participar en las diferentes situaciones de la vida diaria?
- ☐ Todas.
 - ☐ Ninguno.
 - ☐ La mayoría.
 - ☐ Sólo algunos.
 - ☐ Lo desconozco.
10. En caso afirmativo, ¿en qué situaciones son necesarias esas ayudas?
- ☐ En contextos familiares.
 - ☐ En su interacción con amigos.
 - ☐ En situaciones nuevas con personas desconocidas.
 - ☐ En todos los contextos.
 - ☐ Lo desconozco.
 - ☐ Otro...

ANEXO 3: GRÁFICAS RESULTANTES DEL ANÁLISIS DE DATOS

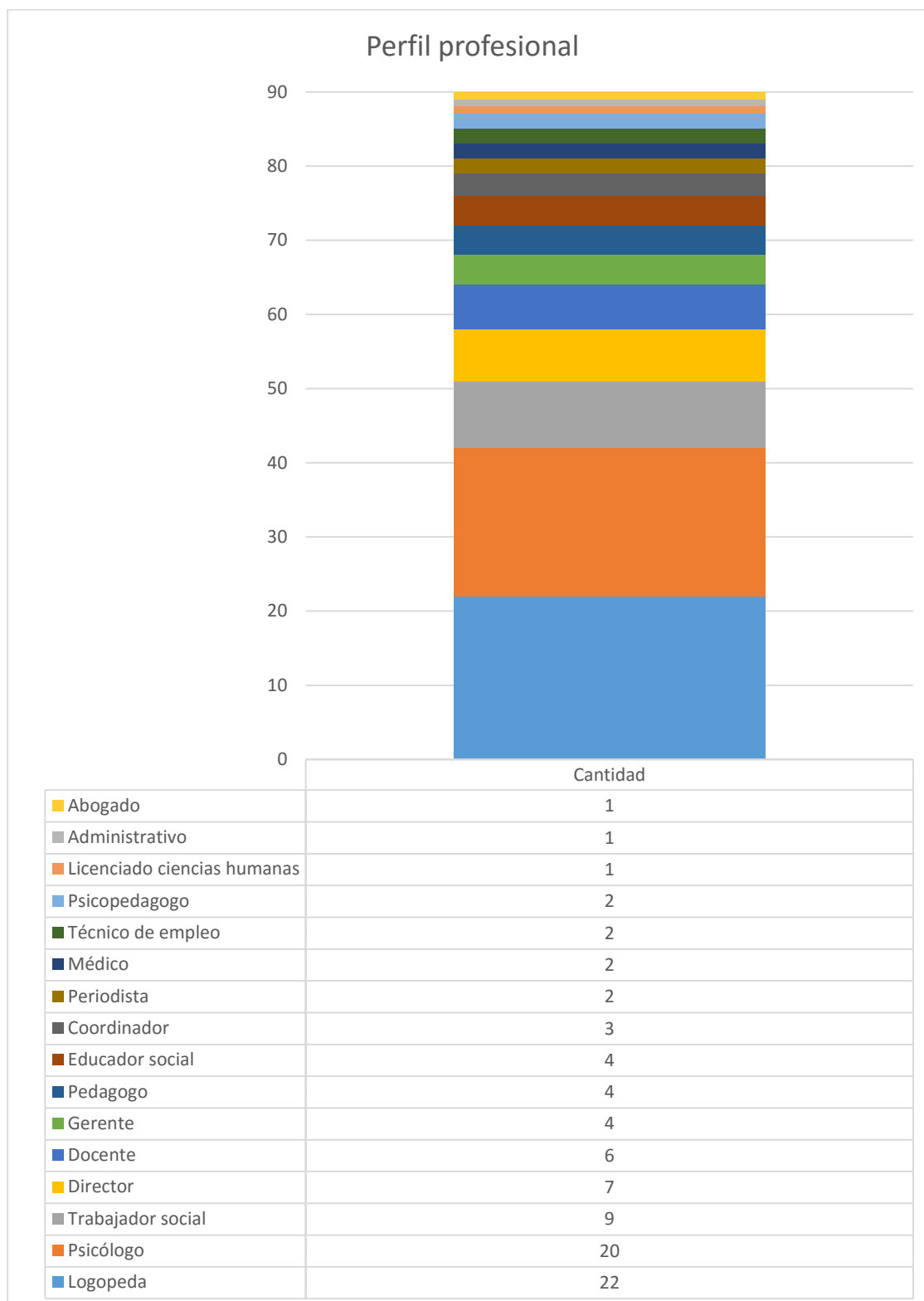
GRÁFICA 1: Prevalencia de logopedas en las entidades:



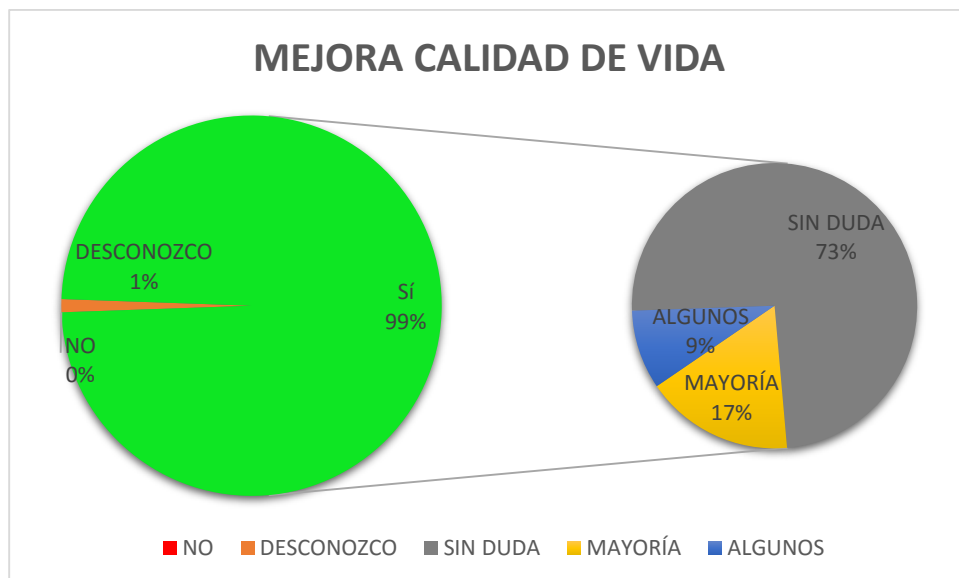
GRÁFICA 2: Conocimiento del logopeda y sus funciones:



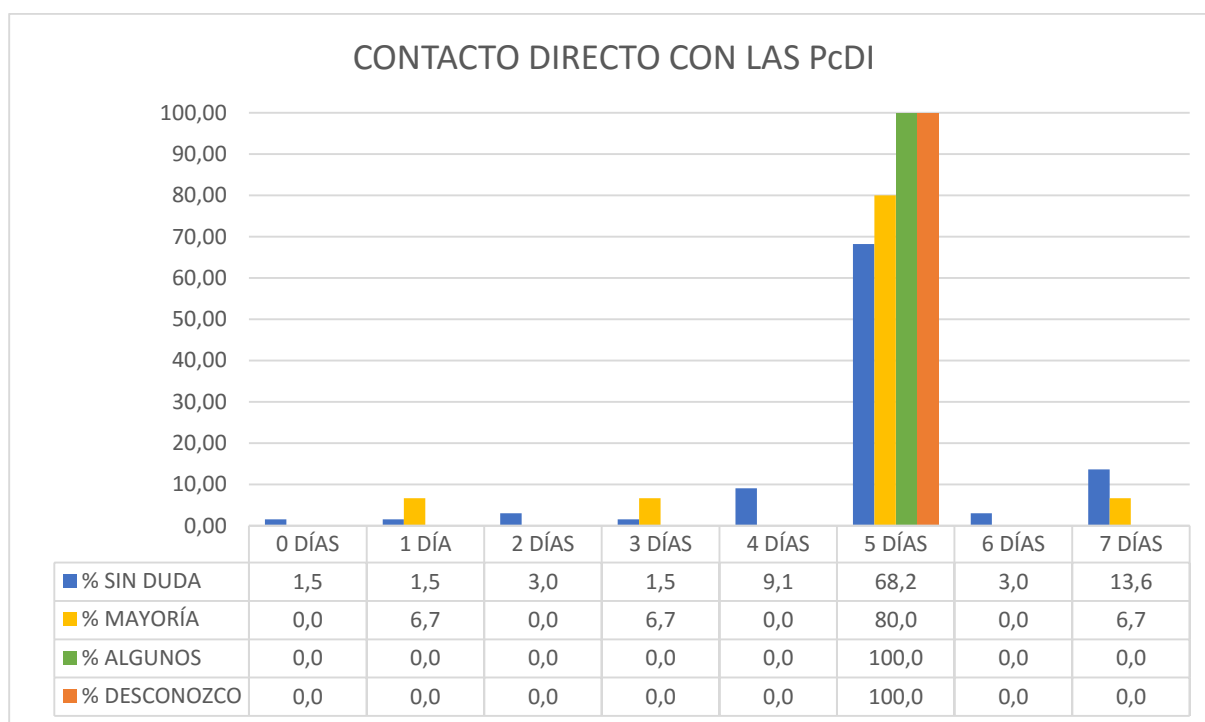
GRÁFICA 3: Perfiles profesionales que han proporcionado los datos cumplimentando el cuestionario:



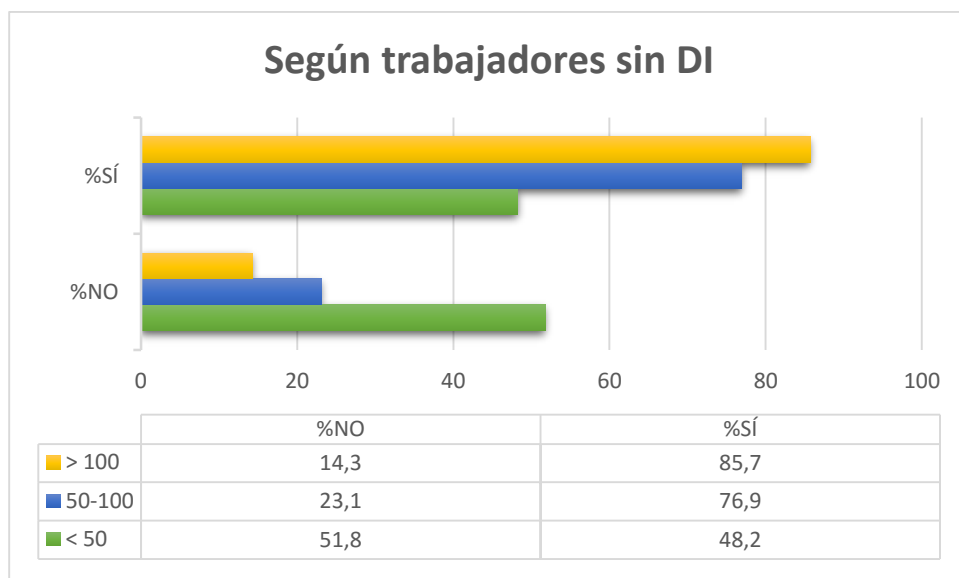
GRÁFICA 4: Influencia del logopeda en la mejora de la calidad de vida de las PcDI:



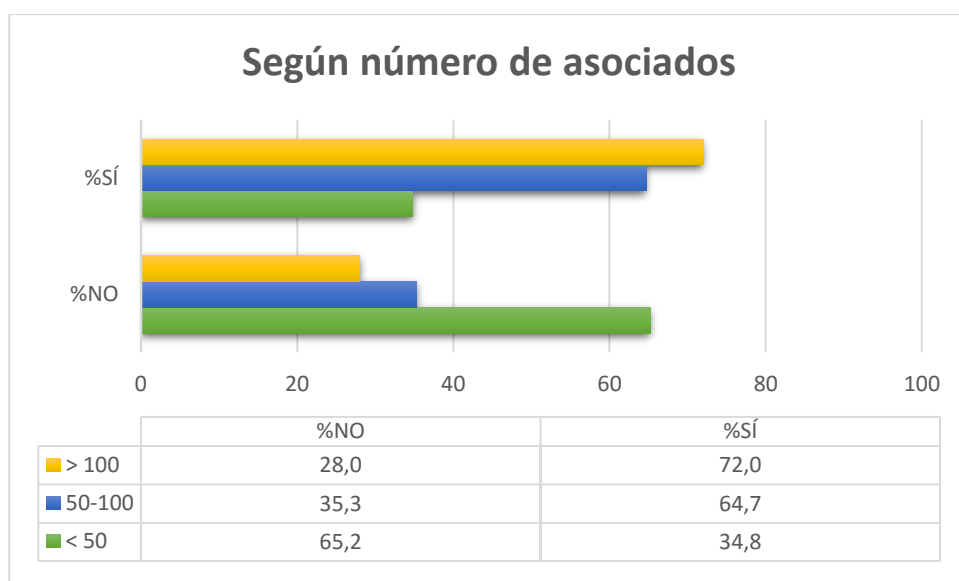
GRÁFICA 5: Relación entre la consideración de la intervención logopédica como mejora en la calidad de vida de las PcDI según el contacto directo con las mismas



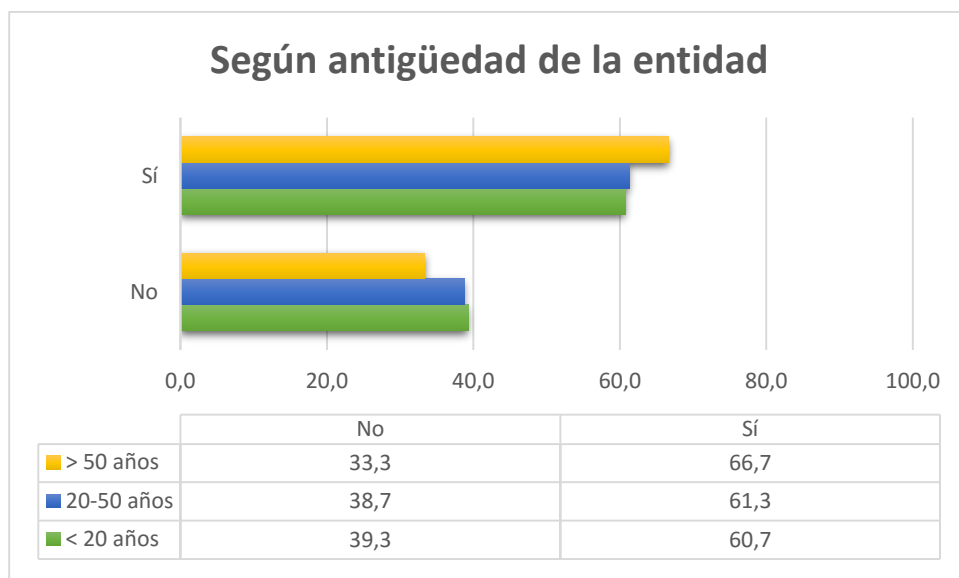
GRÁFICA 6: Presencia del logopeda según el número de trabajadores de la entidad sin DI:



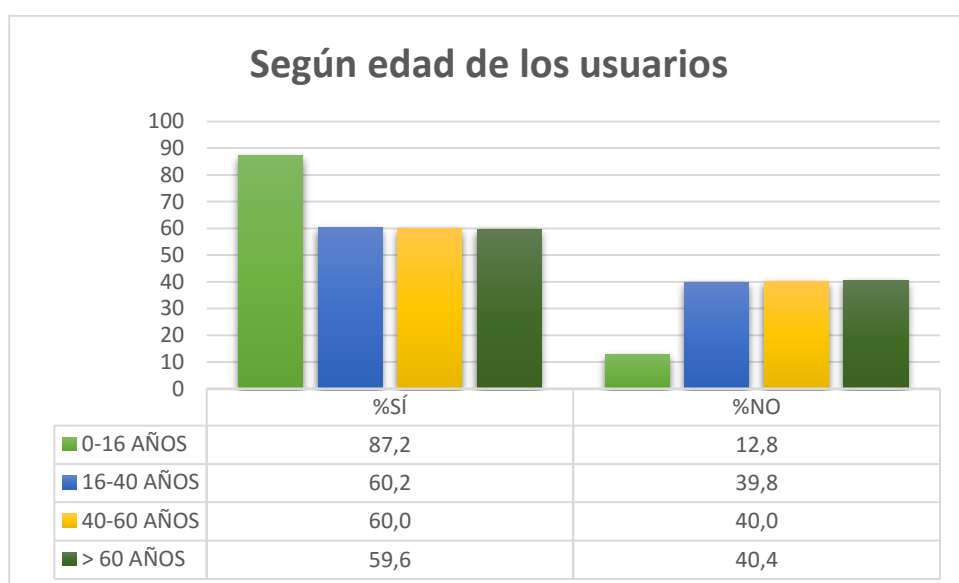
GRÁFICA 7: Presencia del logopeda según el número total de asociados a la entidad:



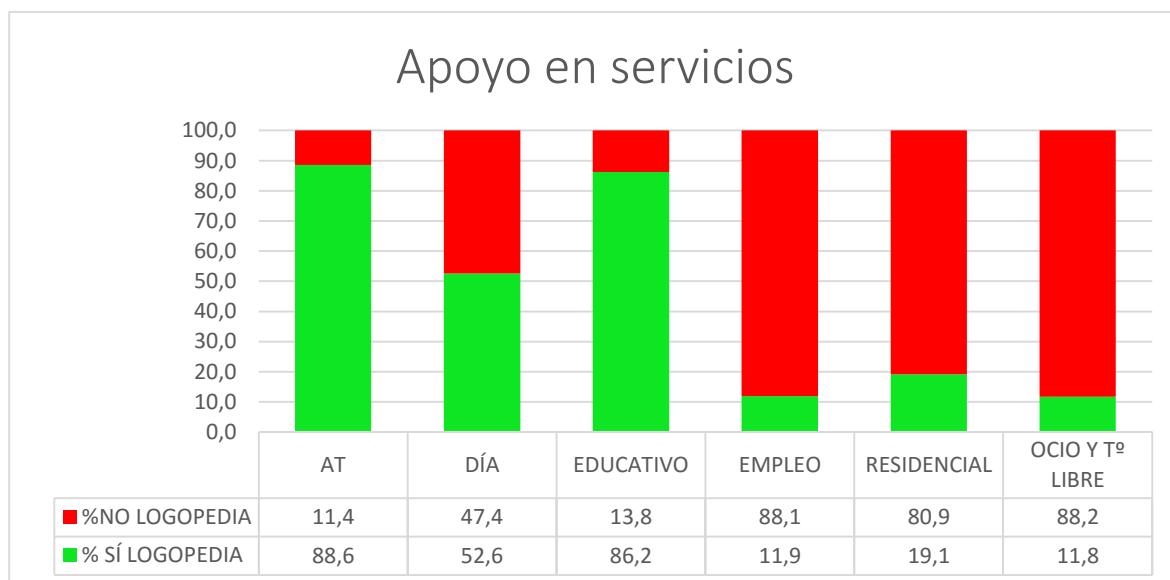
GRÁFICA 8: Presencia del logopeda según la antigüedad de la entidad:



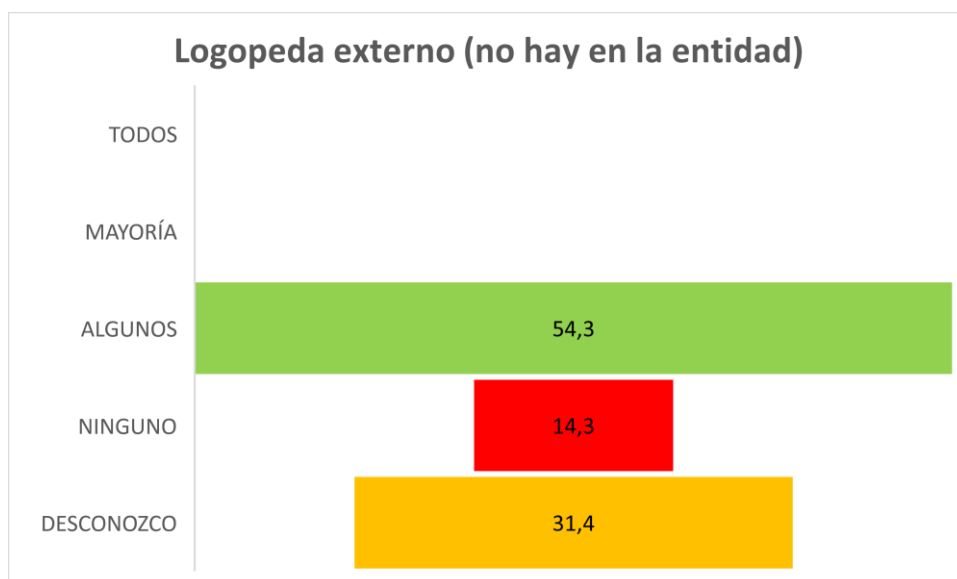
GRÁFICA 9: Apoyo logopédico en la entidad dependiendo de las edades de los usuarios de la misma:



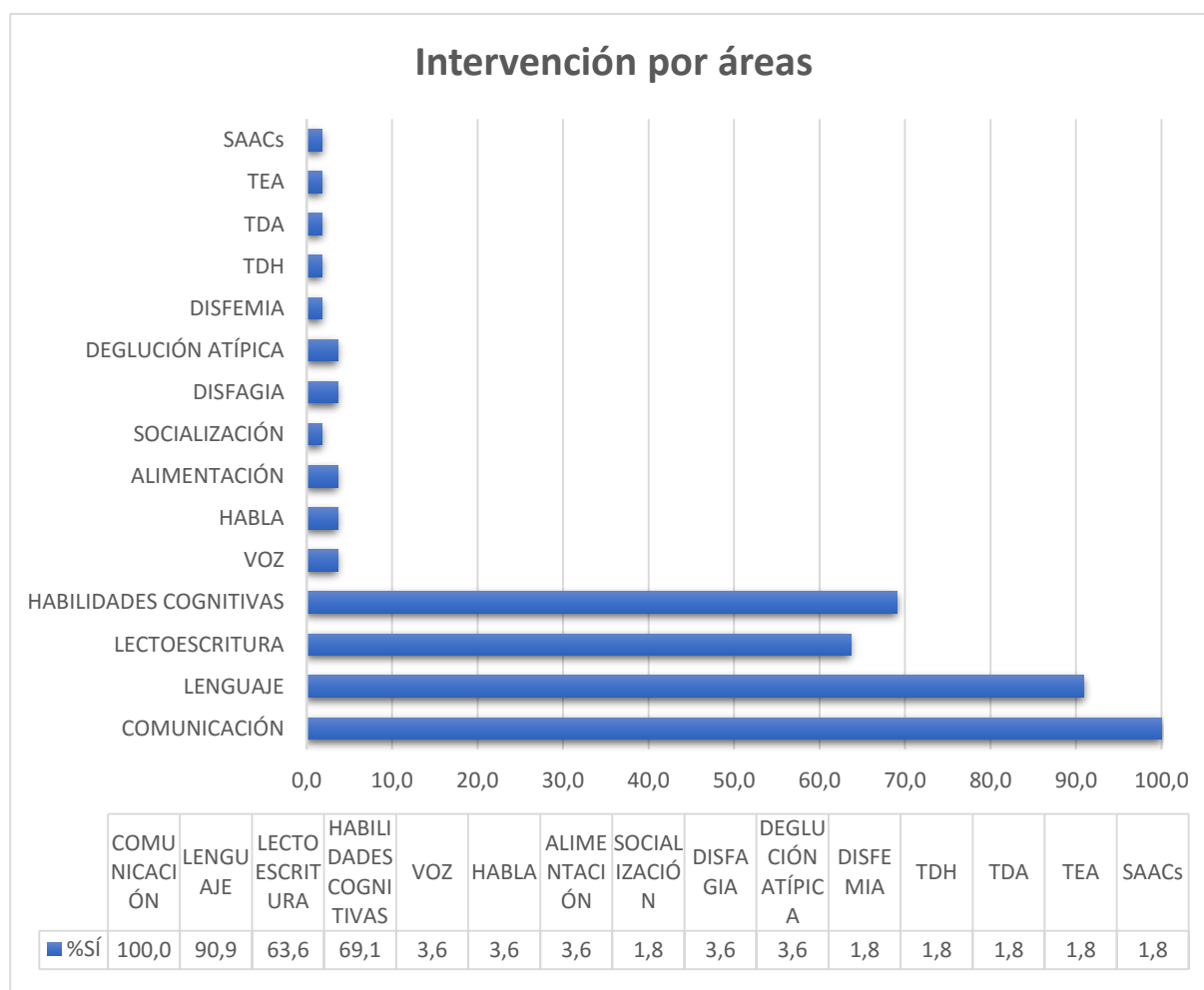
GRÁFICA 10: Servicios en los que el logopeda interviene dentro de las entidades:



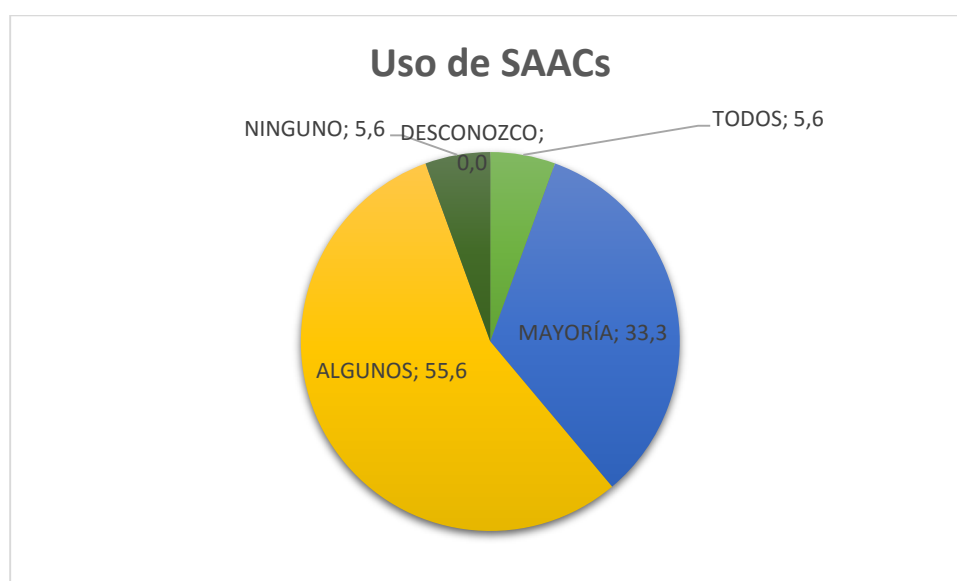
GRÁFICA 11: PcDI que acuden a un logopeda externo si en su entidad no existe:



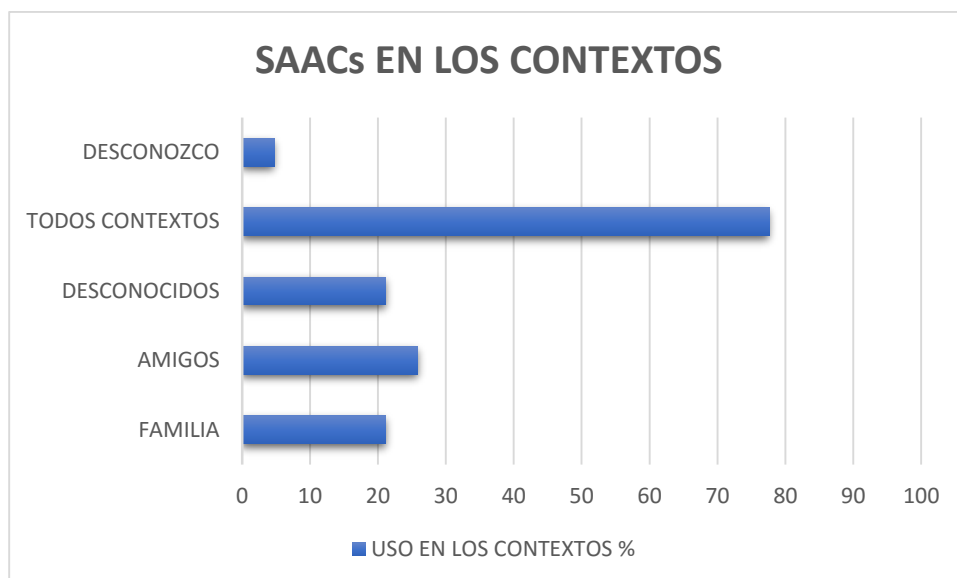
GRÁFICA 12: Áreas de intervención del logopeda dentro de las entidades:



GRÁFICA 13: Usuarios de las asociaciones que requieren el uso de SAACs:



GRÁFICA 14: Contextos en los que los usuarios hacen uso de los SAACs:



GRÁFICA 15: Consideración de la necesidad de intervención logopédica en las áreas de: disfagia, voz y articulación:

